

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/017/0178

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

10/07/2017

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Venkataramana

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

65

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Chinnappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता

Rajurajipalli, Sellypalli, Hambapalli

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

Mundalam, P.los, Chittoor Dist. Andhra Pradesh

OCCUPATION :

व्यवसाय

Labour

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

51,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. आयु प्रमाण संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)

क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो एक या सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS : परिवार विवरण

Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से क्या संबंध
1)	Surender Raju	45	M	Son
2)	Suresh	25	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए कौन सा आधार

BPL Card (Attach Card Copy) कोई भी रेटा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) रसदानी कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु दिए गए निम्नलिखित कारण:

Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय/दवाखाने के नोटों को चिह्न प्रमाणित करने के लिए
	DOD for Left Eye
	Cataract for Left Eye

ASSISTANCE BEING AWARDED FOR SAME "PURPOSE" FROM OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED कौन सा राशि मिल रही है
	B.N.L.E.H	



0178 0178
venkataramana venkataramana
poc op poc op

